

PRB

Le Planning familial sauve des vies

Troisième édition



BARBARA
SHANE

Table des matières

Généralités	1
Survie infantile et juvénile	2
Survie maternelle	6
Santé maternelle et infantile : <i>L'interaction</i>	15
Sujet spécial : Les adolescents et la santé en matière de reproduction	16
Investir dans la santé des mères et des enfants	19
Actions	22
Références	24

Editions précédentes
de *Le planning familial
sauve des vies*

La première édition de *Le planning familial sauve des vies* fut publiée en 1996. Elle fournit des informations importantes aux décideurs politiques, aux planificateurs de programmes et aux journalistes sur les effets bénéfiques du planning familial. En réponse à la demande du public pour les deux premières éditions (la seconde parut en 1991), le PRB est heureux de présenter cette troisième édition de *Le planning familial sauve des vies*. Bien que le message n'ait pas changé, cette nouvelle édition fournit les données les plus récentes sur les travaux de recherches concernant la santé des mères et des enfants dans les pays en développement. Elle inclut également de nouvelles informations sur les liens entre le planning familial et la Conférence internationale sur la population et le développement, tenue en 1994, la santé en matière de reproduction, les adolescents et l'avortement.

JANVIER 1997

Généralités

Toutes les jours et à chaque minute qui s'écoule, une femme au moins meurt des complications de sa grossesse ou de son accouchement — plus de 585 000 décès par an. Et chaque jour plus de 31 000 enfants de moins de cinq ans meurent dans les pays en développement.

Le planning familial permet d'éviter ces décès en aidant les femmes à être enceintes au moment où elles et leurs enfants se trouvent au mieux de leur forme.

Grâce au planning familial, les couples peuvent décider nombre d'enfants qu'ils veulent avoir et quand ils naîtront. Une planification attentive des naissances peut sauver des vies humaines.

■ Le planning familial permet de prévenir au moins 25 % des décès maternels en apprenant aux femmes comment retarder la procréation, éviter les grossesses non souhaitées et les avortements dangereux, se protéger contre les maladies à transmission sexuelle (MST), y compris le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) et arrêter d'avoir des enfants une fois leurs objectifs reproductifs atteints.

■ En espaçant les naissances d'au moins deux ans, le planning familial permet de prévenir en moyenne un décès infantile sur quatre dans les pays en développement. Un espacement judicieux des naissances permet en outre d'améliorer les chances de survie de l'enfant précédent.

■ Le planning familial contribue par ailleurs à une nette amélioration de la santé et de la survie des adolescentes en leur permettant de reporter leurs grossesses à un moment plus propice pour elles comme pour leurs enfants.

Il existe une méthode de planning familial sûre et efficace adaptée à chaque femme, lui permettant de préserver sa santé et celle de ses enfants.

Chaque année des millions de vies sont sauvées, parce que plus de la moitié des couples du monde en développement ont recours au planning familial pour obtenir le nombre d'enfants qu'ils veulent et espacer les naissances comme ils l'entendent.

Pourtant, le besoin de planning familial — et la capacité de sauver des vies — continue à augmenter. Quelque 150 millions de femmes dans les pays en développement souhaitent soit retarder leurs grossesses soit mettre un terme à leurs activités reproductrices, mais elles n'utilisent pas de

méthodes de planning familial. En donnant simplement satisfaction à la demande existante, il serait possible de réduire le nombre de décès et de problèmes maternels d'environ 20 %.

D'un coût moyen d'environ 2 \$ US par personne et par an, le planning familial constitue une méthode sûre, efficace et économique pour mettre un terme aux tragiques décès inutiles de femmes et d'enfants. Les gouvernements du monde entier se sont engagés à améliorer la survie des femmes et des enfants. La prochaine étape consiste à concrétiser ces objectifs et à permettre aux couples de planifier leurs familles et d'avoir des enfants en bonne santé.



GHANA ; M. EDWARDS/STILL PICTURES

Survie infantile et juvénile

Causes des décès infantiles et juvéniles

Les taux de mortalité infantile et juvénile ont fortement chuté dans toutes les régions du monde depuis 1960 (voir *Tableau 1*). L'amélioration des services de base et le recours à des technologies préventives et curatives peu onéreuses permettent de sauver chaque année des millions d'enfants.

Des millions de nouveaux-nés et d'enfants peuvent être sauvés chaque année en espaçant les naissances d'au moins deux ans.

Pourtant, en dépit des progrès en matière de survie infantile, quelque 31 000 enfants de moins de cinq ans meurent encore chaque jour — plus de 11 millions d'enfants chaque année¹. Les maladies respiratoires, la diarrhée, le paludisme, la rougeole et la malnutrition sont les principales causes de décès des enfants dans les pays en développement, alors que ces maladies sont rarement mortelles dans les pays plus avancés.

En général, les enfants ne meurent pas des suites d'une maladie, mais plutôt des effets de plusieurs facteurs agissant les uns sur les autres, provoquant une spirale mortelle. La malnutrition est l'un des problèmes majeurs contribuant à la mortalité juvénile. On estime que la moitié des décès d'enfants sont associés à la malnutrition². Nombre de ces décès pourraient être évités grâce à la vaccination, à une bonne nutrition, à une eau potable et des services d'hygiène, et au planning familial.

Rôle du planning familial pour la survie des enfants

Le planning familial est un élément important des efforts visant à améliorer le taux de survie infantile. Des millions de nouveaux-nés et d'enfants peuvent être sauvés chaque année en espaçant les naissances d'au moins deux ans, en aidant les femmes à prévoir leurs grossesses pendant leurs années reproductives les plus saines et en leur permettant d'avoir le nombre d'enfants voulu.

Les enfants nés moins de deux ans après leur frère ou sœur le plus proche ont deux fois plus de chances de mourir au cours de la première année de leur existence que ceux qui naissent après un intervalle de deux ans au moins (voir *Graphique 1*). Dans les pays en développement, les grossesses rapprochées sont beaucoup plus susceptibles d'avoir comme résultat des bébés d'un poids faible à la naissance, plus vulnérables aux infections et donc ayant moins de chances de survivre³. Et même s'ils survivent la première

T A B L E A U 1

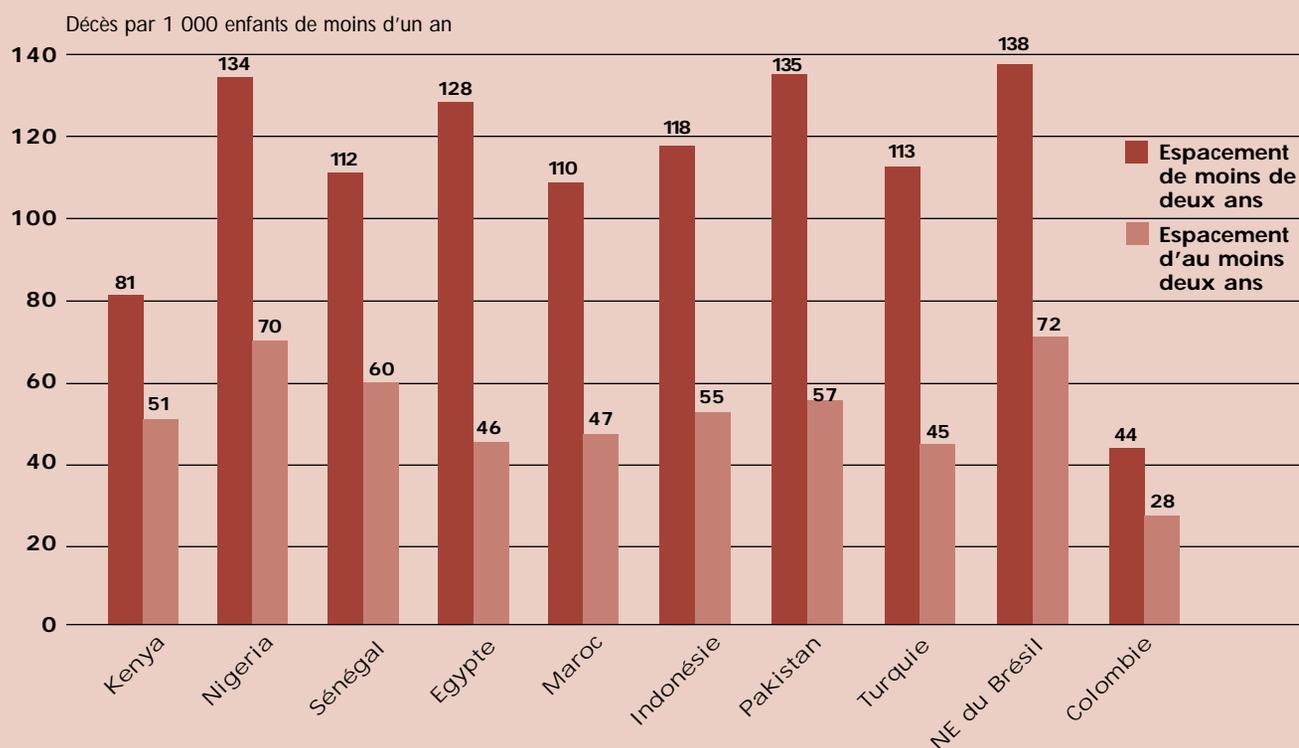
Taux de mortalité infantile
(Nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour
1 000 naissances vivantes en une année)

	1960	1994
Pays plus avancés	31	7
Pays en développement	138	68
Afrique sub-saharienne	153	107
Moyen-orient/Afrique du nord	156	48
Asie du sud	146	84
Asie de l'est/Pacifique	133	42
Amérique latine/Caraïbes	106	38
Amérique du nord	26	8

SOURCE : UNICEF, *The State of the World's Children, 1996* (Oxford et New York : Oxford University Press, 1996).

GRAPHIQUE 1

Mortalité infantile en fonction de l'espacement des naissances



En moyenne, les enfants nés après un intervalle de naissance bref sont deux fois plus susceptibles de mourir que ceux nés après un intervalle d'au moins deux ans.

SOURCE : Analyse non publiée d'Enquêtes démographiques et de santé, 1990 - 1995 (Calverton, MD : Macro International, 1996).

année, ces enfants ont près d'une fois et demie plus de chances de mourir avant leur cinquième anniversaire que les enfants dont les naissances ont été espacées d'au moins deux ans.

Les naissances rapprochées font également courir des risques à l'enfant né juste avant. Si la mère d'un nouveau-né retombe enceinte trop

rapidement, elle risque d'arrêter d'allaiter, ce qui accroît les risques de maladies et de décès du nourrisson (*voir Encadré 1 ci-après*). Les maladies se répandent plus rapidement dans un foyer où se trouvent plusieurs enfants en bas âge. Un

L'allaitement sauve des vies

On estime que l'allaitement sauve la vie de 6 millions de nourrissons chaque année ¹. Les nourrissons allaités pendant au moins six mois sont nettement moins susceptibles de tomber malades ou de succomber à la diarrhée ou aux infections des voies respiratoires. Si l'on encourageait davantage les femmes à alimenter leur nourrisson exclusivement de leur lait pendant les six premiers mois, et d'allaiter pendant encore au moins un an de plus, un à deux millions de vie supplémentaires pourraient être sauvées chaque année ². Outre ses effets bénéfiques pour la santé, le lait maternel constitue en plus la nourriture idéale du nourrisson pendant les six premiers mois de sa vie.

L'allaitement a également un effet bénéfique sur la santé de la mère. Les études réalisées indiquent en effet que l'allaitement permet de réduire les risques d'hémorragie chez la mère après la naissance, et peut-être même le risque de cancer du sein ou des ovaires ³. L'allaitement peut aussi aider une femme à espacer ses grossesses. L'allaitement complet est en effet associé à l'aménorrhée de la lactation, la suppression naturelle du cycle menstruel — et de la fécondité — après une naissance.

Les mères peuvent efficacement éviter une grossesse ultérieure en pratiquant une méthode de planning familiale appelée méthode de l'aménorrhée de la lactation. L'efficacité de cette méthode dépend de trois facteurs : 1) elle doit être utilisée avant que le cycle menstruel de la femme n'ait repris, 2) la mère doit nourrir son nouveau-né exclusivement — ou presque — par allaitement, et 3) la mère doit être au plus six mois post-partum ⁴.

La promotion de l'allaitement est l'une des méthodes d'intervention les plus rentables pour améliorer la santé des nouveaux-nés et des enfants ⁵. Le lait maternel est la meilleure nourriture pour le nouveau-né et aussi la moins onéreuse. En évitant les maladies et les décès des nourrissons et des enfants, et en permettant aux femmes d'espacer leurs grossesses, l'allaitement réduit les coûts médicaux.

REFERENCES :

1. Sandra Huffman et al., *Breastfeeding Saves Lives: An Estimate of the Impact of Breastfeeding on Infant Mortality in Developing Countries* (Bethesda, MD : NURTURE/Center to Prevent Childhood Malnutrition, 12 juin 1991) : 6.
2. Ibid.
3. Miriam Labbok et al., *Breastfeeding: Protecting a Natural Resource* (Washington, DC : Institute for Reproductive Health, 1995) : 8.
4. Miriam Labbok, K. Cooney, et S. Coly, *Guidelines: Breastfeeding, Family Planning, and the Lactational Amenorrhea Method - LAM* (Washington, DC : Institute for Reproductive Health, 1994).
5. Wellstart International, *Breastfeeding Promotion: A Cost-Effective Intervention* (Washington, DC : Expanded Promotion of Breastfeeding Program, 1996).

manque d'hygiène et d'eau propre et des conditions de proximité excessive peuvent aggraver la situation et contribuer à la détérioration de la santé familiale. Les enfants nés de manière trop rapprochée doivent en outre se partager des ressources limitées, y compris nourriture, vêtements, et espace vital.

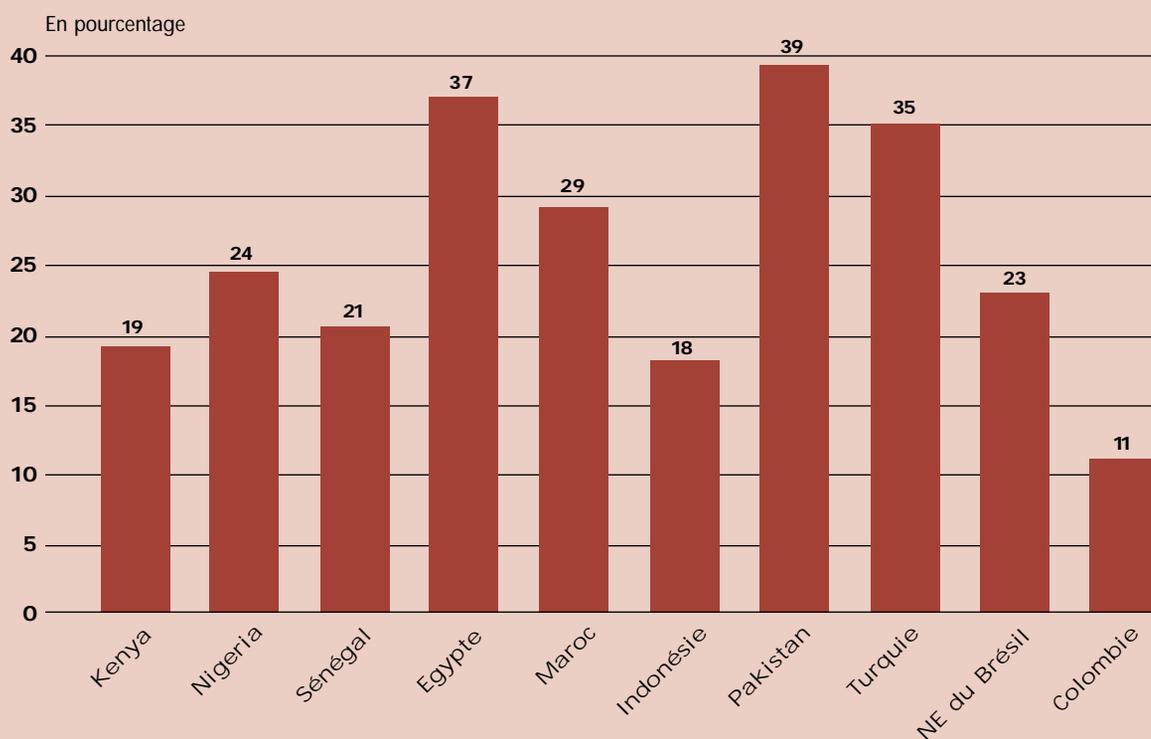
Bien que la proportion de naissances rapprochées ait progressivement diminué depuis les années 1970, elle demeure élevée dans bien des pays ⁴. L'impact principal de l'espacement des naissances se fait surtout sentir dans les pays où une grande proportion des naissances se font de manière rapprochée et où les taux de mortalité infantile sont élevés. L'analyse des données sur 25 pays en développement a établi que, dans l'ensemble, un espacement des naissances d'au moins deux ans devrait permettre de réduire les taux de mortalité infantile d'un quart (*voir Graphique 2*).

L'âge de la mère est aussi un facteur qui influe sur le risque de mortalité de l'enfant. Les enfants nés de mères de moins de 20 ans ont plus de chances de mourir avant leur premier anniversaire — une fois et demie de plus dans bien des pays — que ceux nés de mères âgées de 20 à 29 ans ⁵. Les bébés nés de jeunes mères risquent beaucoup plus d'être prématurés, d'avoir un faible poids à la naissance et de souffrir de complications à l'accouchement ⁶. En outre, les jeunes mères n'ont souvent pas les ressources économiques et sociales nécessaires pour préserver leur santé et celle de leur nouveau-né (*voir p. 16 à 18*).

Les enfants nés de mères âgées de plus de 40 ans et nés en quatrième position et au-delà courent aussi de plus grands risques de mortalité ⁷.

GRAPHIQUE 2

Réduction de la mortalité infantile en cas d'espacement des naissances d'au moins deux ans



Un intervalle d'au moins deux ans entre les naissances pourrait prévenir en moyenne un quart des décès de nouveaux-nés.

SOURCE : Analyse non publiée d'Enquêtes démographiques et de santé, 1990-1995 (Calverton, MD : Macro International, 1996).

Les mères plus âgées sont en effet plus susceptibles de donner naissance à des enfants souffrant d'anomalies congénitales et moins à même de survivre. Qui plus est, les mères plus âgées auront souvent eu plus de grossesses et de naissances, chacune porteuse de risques pour la mère et l'enfant. Il est vrai que les mères plus âgées ayant beaucoup

d'enfants sont souvent celles qui ont commencé leur cycle reproductif de bonne heure avec des naissances très rapprochées.

Survie maternelle

Le planning familial sauve aussi la vie de femmes. La plupart des femmes sont heureuses lorsqu'elles tombent enceintes ou qu'elles donnent le jour à un enfant ; pourtant, ces événements s'accompagnent de risques de maladie et de décès très sérieux dans certaines régions du

monde. Dans les pays en développement, la mortalité maternelle reste la principale cause de décès des femmes en âge de reproduction. Dans certaines parties de l'Afrique sub-saharienne, le nombre de décès maternels est de 1 500 pour 100 000 naissances vivantes ; aux Etats-Unis, ce taux est de 12 décès pour 100 000 naissances vivantes ⁸.

Causes de décès maternels

Environ 585 000 femmes meurent chaque année des complications d'une grossesse ou en couches ; 99 % d'entre elles vivent dans les pays en développement (*voir Encadré 2*) ⁹. Les femmes de ces pays courent des risques accrus durant la grossesse, l'accouchement et post-partum parce qu'elles sont plus susceptibles d'accoucher sans assistance professionnelle et n'ont qu'un accès limité à des

services médicaux qualifiés en cas de complications. Elles sont aussi plus susceptibles de tomber enceintes — et de se trouver à chaque fois confrontées aux mêmes difficultés — que les femmes dans les pays plus avancés.

Les risques associés à la grossesse et à l'accouchement sont non seulement déterminés par la qualité, la disponibilité et le recours aux soins prénataux et obstétricaux, mais aussi par la santé de la femme, son état nutritionnel et le nombre de grossesses. La grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont physiquement exigeants. Les femmes souffrant de carences nutritionnelles ou physiquement fatiguées avant une grossesse continueront à souffrir après la naissance de l'enfant. Les femmes souffrant de sérieuses insuffisances alimentaires et tombant à nouveau enceintes peu après un accouchement courent de graves risques de maladie et de décès.

Depuis le lancement de l'« Initiative pour une maternité sans risques » en 1987, plusieurs organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales travaillent ensemble pour réduire le nombre de maladies et de décès maternels. En dépit d'une légère diminution à l'échelle mondiale du risque global de mourir des suites d'une grossesse ou d'un accouchement, le nombre total de femmes qui meurent ainsi a en réalité augmenté en raison de l'accroissement du nombre des naissances. Qui plus est, les nouvelles méthodes de calcul des décès maternels révèlent que dans certains pays la situation est plus grave qu'on ne le pensait jusqu'alors ¹⁰.

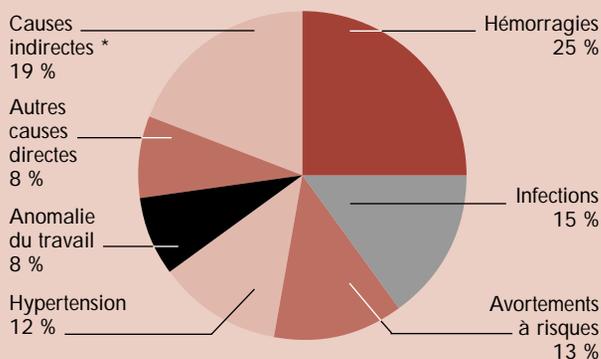


PEROU ; D. JOHNSON

Mortalité maternelle

La grossesse peut présenter des risques pour les femmes dans les pays en développement. Dans ces pays, une femme sur 48 risque de mourir des complications d'une grossesse ou d'un accouchement au cours de sa vie. Pour les femmes dans les pays plus avancés, ce risque est nettement inférieur, environ un décès pour 1 800 femmes ¹.

Causes de mortalité maternelle dans les pays en développement ²



*Attribuables à des conditions pré-existantes telles que le paludisme, l'anémie, les problèmes cardiaques, l'hypertension, le diabète, la tuberculose et l'hépatite, aggravées par la grossesse.

Certaines complications à l'accouchement, telles qu'une hémorragie, peuvent provoquer la mort en quelques heures. Dans le cas d'autres problèmes, dont les infections et l'obstruction au travail, la mort peut survenir après plusieurs jours de souffrance.

Outre le risque de décès des suites d'une grossesse ou d'un accouchement, les femmes peuvent souffrir de maintes complications graves. Pour chaque décès attribuable à la maternité, jusqu'à 100 femmes peuvent souffrir de maladies connexes ou d'invalidité permanente ³.

Hémorragie

La principale cause de mortalité maternelle (146 000 par an) est un saignement abondant et rapide, se produisant le plus souvent à la suite d'un accouchement ou d'un avortement à risques. Sans intervention immédiate et, dans certains cas, sans transfusion sanguine, la plupart des femmes victimes d'une hémorragie meurent.

Infection

L'infection généralisée est la cause estimée de 87 000 décès maternels par an. Les accouchements et avortements effectués dans des conditions stériles et l'utilisation d'antibiotiques à bon escient permettent d'éviter un grand nombre de ces décès.

Avortement à risques

Au moins 76 000 femmes meurent chaque année de suites d'avortements effectués de manière incorrecte. La plupart de ces procédures étant illégales, il est difficile d'estimer de façon précise le nombre de femmes qui, chaque année, ont recours à cette procédure pour mettre un terme à une grossesse non désirée. Les avortements à risques sont fréquemment suivis d'hémorragies ou d'infections.

Hypertension

Une tension élevée, la présence de protéine dans l'urine, et des membres ou un visage enflés sont souvent les symptômes d'une hypertension causée par la grossesse ou du prééclampsie. Si ces symptômes sont diagnostiqués pendant les soins prénataux de routine, et suivis par du repos et un traitement médical approprié, il est possible de réduire l'incidence des maladies et décès liés à l'hypertension (70 000 par an).

Anomalie du travail

Les femmes ayant un bassin étroit, celles dont la filière pelvienne a été endommagée par un traumatisme ou une maladie et celles portant un fœtus soit de très grande taille soit anormalement placé courent un plus grand risque d'anomalie du travail (ou blocage du canal pelvien). Sans possibilité d'accouchement par césarienne, un grand nombre de ces femmes meurent (47 000 décès par an).

REFERENCES :

1. OMS et UNICEF, *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality, A New Approach by WHO and UNICEF* (Genève : Organisation mondiale de la santé, avril 1996).
2. Anne Tinker et Marge Koblinsky, « Making Motherhood Safe », *Dossier de discussion Banque mondiale no. 220* (Washington, DC : Banque mondiale, 1993) : 3.
3. Ibid.

Santé en matière de reproduction

Ce qui constitue la santé en matière de reproduction, c'est un état de bien-être physique, mental et social complet, et non la simple absence de maladie ou d'infirmité, pour tout ce qui a trait au système reproducteur et à son fonctionnement... [Ceci inclut] le droit des hommes et des femmes à l'information et l'accès à des méthodes de planning familial sûres, efficaces, peu coûteuses et acceptables de leur choix...et...à des services de santé appropriés qui permettront aux femmes de vivre leur grossesse et leur accouchement en toute sécurité et donneront aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé.

Paragraphe 7.2, PROGRAMME D'ACTION DE LA CIPD

Cette définition, dont sont convenus les gouvernements ayant participé à la Conférence internationale sur la population et le développement en 1994, représente un changement dans la manière dont le monde perçoit la santé des femmes et le planning familial. La CIPD a mis un nouvel accent sur la nécessité de garantir la santé de tous les hommes et femmes en matière de reproduction. Des programmes doivent être conçus pour répondre aux besoins des femmes, y compris les adolescentes, en matière de santé de la reproduction, tout en éduquant les hommes et en leur permettant d'assumer davantage de responsabilités dans le domaine du planning familial et de l'éducation des enfants, ainsi qu'en matière de prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) ¹.

Les services de santé en matière de reproduction, définis par le Programme d'action de la CIPD (par. 7.6), comprennent les éléments suivants ² :

- Des services de planning familial de qualité, y compris informations, conseils, éducation et communication ;
- Des services d'éducation et des prestations en matière de soins prénataux, d'accouchements sans danger et de soins postnataux, y compris l'allaitement ;
- La prévention et le traitement des avortements à risques, et la prestation de services d'avortement dans les régions où la loi l'autorise ;
- La prévention et le traitement approprié de l'infertilité ;
- Le traitement des infections du système reproducteur et des MST ;
- Des services d'information, d'éducation et de conseil sur la sexualité humaine sans risque, la santé sexuelle et en matière de reproduction, et la responsabilité parentale ;
- Des informations visant à décourager les pratiques dangereuses telles que la circoncision des femmes et les mutilations génitales féminines ; et
- Des services d'orientation pour le planning familial et le diagnostic et le traitement des complications d'une grossesse, d'un accouchement et d'un avortement ; infertilité ; infections du système reproducteur ; cancer du sein et cancer du système reproducteur ; et MST, y compris VIH/SIDA.

REFERENCES :

1. ONU, *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 Sept. 1994* (New York : Nations Unies, A/CONF. 171/13, 18 octobre 1994) : 13-14.

2. Ibid.

Rôle du planning familial dans la réduction des risques de la santé en matière de reproduction

Grâce aux progrès de la technologie médicale des 35 dernières années, toutes les femmes peuvent planifier leur fécondité. Les services de planning familial suggèrent généralement l'utilisation de méthodes qui permettent de retarder ou éviter les grossesses, mais ils aident également les couples à concevoir. Au nombre des méthodes de planning familial figurent les contraceptifs à prise orale (la « pilule »), les produits injectables, les implants transdermiques, le stérilet, la stérilisation des hommes et des femmes, les méthodes dites barrières telles que le préservatif, le diaphragme et les spermicides, et les méthodes naturelles de planning familial telles que l'aménorrhée de la lactation (voir Encadré 1, page 4).

Il n'existe pas de « méthode idéale » de planning familial. La plupart des méthodes comportent un très faible taux d'échec si elles sont utilisées correctement et de manière consistante, et sont parfaitement sans risque pour la majorité des utilisateurs. Toutefois, les méthodes de planning familial varient en termes d'efficacité, de commodité, de coût, d'effets secondaires, des risques et des avantages qu'elles présentent pour chaque femme. Ce sont les utilisateurs des services de planning familial qui sont le mieux à même de juger de l'importance relative de chacun de ces facteurs en fonction de leurs objectifs de reproduction, leur santé, leur situation familiale et leurs conditions de vie.

Le planning familial permet d'éviter au moins 25 % des décès maternels¹¹. Le planning familial et les autres services de santé en matière de reproduction permettent aux femmes de faire



TUNISIE ; C. CARNEMARK/BANQUE MONDIALE

les choix nécessaires pour réduire les risques liés à la reproduction et améliorer leur état de santé (voir Encadré 3). Le planning familial permet aussi

Comparaison entre les risques de mortalité imputables à la grossesse et à l'accouchement et ceux attribuables à l'utilisation de méthodes de planning familial

Risque de mortalité des femmes imputable à la grossesse et à l'accouchement ¹

Région	Risque de mortalité sur le cycle de vie
Monde	1 sur 60
Pays plus avancés	1 sur 1 800
Pays en développement	1 sur 48
Afrique	1 sur 16
Asie	1 sur 65
Europe	1 sur 1 400
Amérique latine/Caraïbes	1 sur 130
Amérique du nord	1 sur 3 700
Océanie	1 sur 26

Risque de mortalité attribuable à l'utilisation de méthodes de planning familial ²

Chez les utilisateurs âgés de 15 à 44 ans

Méthode	Risque de mortalité en un an
Contraceptifs par voie orale - non fumeur	1 sur 63 000
Contraceptifs par voie orale - fumeur	1 sur 16 000
Stérilet	1 in 100 000
Méthodes hormonales à effet prolongé	1 sur 125 000
Diaphragme, préservatif, spermicide, éponge	0
Méthodes naturelles	0
Stérilisation féminine - ligature des trompes	1 sur 67 000
Stérilisation masculine - vasectomie	1 sur 300 000

Les décès mentionnés sont attribuables exclusivement à la méthode utilisée ; en cas d'échec de la méthode, des risques supplémentaires de mortalité existent suite à une grossesse ou un accouchement .

Ces données sont basées sur l'utilisation du planning familial aux Etats-Unis. Il n'existe pas de source fiable de données sur les risques associés aux méthodes dans les pays en développement. Les résultats d'une étude limitée effectuée en Indonésie et en Egypte confirment les données du tableau ci-dessus ³.

REFERENCES :

1. OMS et UNICEF, *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality, A New Approach by WHO and UNICEF* (Genève : Organisation mondiale de la santé, avril 1996) : 3, 6.
2. Robert Hatcher et al., *Contraceptive Technology*, 16th edition (New York : Irvington Publishers, 1994) : 125 ; et Susan Harlap et al., *Preventing Pregnancy, Protecting Health: A New Look at Birth Control Choices in the United States* (New York et Washington, DC : The Alan Guttmacher Institute, 1991) : 98-99.
3. J. Fortney et al., « Reproductive Mortality in Two Developing Countries », *American Journal of Public Health* 76 (1986) : 134 - 38 cité dans Deborah Maine et al., « Risks and Rights: The Uses of Reproductive Health Data », *Reproductive Health Matters* 6 (novembre 1995) : 46.

de prévenir la diffusion des MST, y compris le VIH/SIDA. En réduisant le nombre de grossesses non désirées, le planning familial permet en outre de prévenir des avortements.

Grossesse et accouchement

Les recherches entreprises indiquent que le risque de mortalité imputable aux méthodes modernes de planning familial est nettement inférieur au risque de mortalité attribuable à la grossesse et à l'accouchement. Ceci est particulièrement vrai dans les pays en développement, dans lesquels les femmes ont un accès plus limité aux services obstétricaux (*voir Tableau 2*).

Outre la prévention de la grossesse, certaines méthodes de planning familial ont d'autres effets bénéfiques pour la santé. Par exemple, les contraceptifs par voie orale peuvent protéger la femme contre la pelvipéritonite, le cancer de l'utérus et l'endométriose, et les maladies bénignes du sein. Le préservatif, utilisé correctement et de manière constante, peut prévenir les infections dues aux MST, y compris le VIH/SIDA.

Plusieurs décennies de recherches sur les méthodes de planning familial indiquent que si les méthodes ne sont pas toujours appropriées pour toutes les femmes, il existe une méthode de planning familial efficace et sûre pour chacune d'entre elles. La possibilité offerte à chaque femme d'opter de manière volontaire et informée en faveur d'une méthode de planning familial qu'elle juge appropriée selon ses propres circonstances peut contribuer à améliorer sa santé en matière de reproduction.

Avortement à risques

Dans l'hypothèse d'une grossesse non désirée, nombreuses sont les femmes qui auront recours à l'avortement. Au moins 50 millions d'avortements sont provoqués chaque année ¹².

illégaux et à risques ¹³. Le risque de mortalité associé aux avortements à risques est de 100 à 500 fois plus que celui associé aux avortements effectués dans des conditions sûres. Au moins 76 000 femmes meurent chaque année des



INDE ; D. JACOBSON

L'avortement ne doit en aucun cas être promu comme méthode de planning familial...et...nous exhortons... tout le monde...à réduire le recours à l'avortement par l'expansion et l'amélioration des services du planning familial. La prévention des grossesses non désirées doit être la première priorité et tous les efforts doivent être déployés pour éliminer le besoin de recourir à l'avortement.

Paragraphe 8.25, PROGRAMME D'ACTION DE LA CIPD

L'avortement est une procédure sans risques s'il est effectué dans des conditions stériles par un professionnel qualifié. Toutefois, on estime que 20 millions d'avortements à risques * ont lieu chaque année dans des régions où l'accès aux avortements sans risques est limité. La plupart de ces avortements à risques sont effectués dans les pays en développement. Les lois restreignant l'avortement n'interdisent pas systématiquement l'accès aux services d'avortement, mais provoquent une augmentation de la mortalité et des problèmes de santé imputables aux avortements

conséquences d'un avortement à risques (*voir Encadré 2, page 7*). Des milliers d'autres souffrent de complications graves susceptibles de déboucher sur des douleurs chroniques ou l'infertilité.

Outre les coûts humains, les avortements à risques comportent un coût économique considérable. Un pourcentage important des ressources hospitalières limitées des pays en développement est consacré au traitement des complications des suites d'un avortement. Une

* « Un avortement à risques est défini comme un procédure de mise à terme d'une grossesse non désirée effectuée soit par des personnes n'ayant pas les qualifications nécessaires soit dans un environnement ne respectant pas les normes médicales minimum, ou les deux ». Programme d'action de la CIPD, Notes p. 118.

Répartition de l'infection du VIH
à l'échelle mondiale

Région	Taux d'infection chez les adultes * mi-1996	Femmes en tant que % de ceux infectés
Afrique sub-saharienne	5 000	52 - 55
Caraïbes	1 400	40
Asie du sud et du sud-est	500	25 - 33
Amérique latine	500	18
Amérique du nord	500	14 - 17
Europe occidentale	200	14 - 17
Afrique du nord/ Moyen-Orient	120	20
Europe de l'est/ Asie centrale	15	14 - 17
Asie de l'est/Pacifique (Chine comprise)	4	14 - 17

* Nombre de personnes infectées pour 100 000 de 15 à 49 ans

SOURCES : UNAIDS et OMS, *The HIV/AIDS Situation in Mid-1996* (Genève : Organisation mondiale de la santé, 1er juillet 1996), disponible sur l'Internet à : <http://gpawww.who.ch/>; UN, *The World's Women 1995, Trends and Statistics* (New York: Nations Unies, 1995) : 74.

étude effectuée au Nigéria a établi que 60 % des admissions en gynécologie portaient sur des complications des suites d'un avortement ¹⁴. A l'Hôpital national Kenyatta de Nairobi, au Kenya, 40 cas d'avortement se présentent en moyenne chaque jour ¹⁵.

Le planning familial contribue à la réduction du nombre d'avortements par la diminution du nombre de grossesses non désirées. Une étude

effectuée aux Etats-Unis a révélé que pour chaque dollar de dépenses publiques supplémentaires investi par habitant dans les services de planning familial, on observe une réduction d'un avortement pour 1 000 femmes ¹⁶. D'autres études révèlent qu'avec le temps l'augmentation de l'utilisation des méthodes de planning familial s'accompagne d'une réduction du nombre d'avortements. En 1960, au Chili, moins de 3 % des femmes mariées utilisaient le planning familial et le taux d'avortements était de 77 avortements pour 1 000 femmes mariées en âge de reproduction. En 1990, l'utilisation du planning familial était passée à 56 % des femmes mariées et le taux d'avortements était descendu à 45 pour 1 000 ¹⁷.

Les femmes qui se font avorter risquent fortement de se trouver confrontées à une autre grossesse non désirée. D'après les études réalisées, les femmes ayant eu un avortement, surtout les jeunes femmes, utilisaient — lorsqu'elles sont tombées enceintes — des méthodes de planning familial moins efficaces ou de manière incorrecte, ou n'en utilisaient aucune. Toutefois, lorsque ces femmes, après un avortement, reçoivent des informations sur le planning familial et les services correspondants, elles sont alors très réceptives et adoptent souvent des méthodes plus efficaces ¹⁸. Les services de planning familial post-avortement peuvent prévenir un certain nombre de décès maternels en interrompant le cycle des grossesses non désirées suivies d'avortements à risques. Cependant aucune méthode de planning familial n'étant efficace à 100 %, il y aura toujours des grossesses non désirées et une demande pour les services d'avortement sans risques.

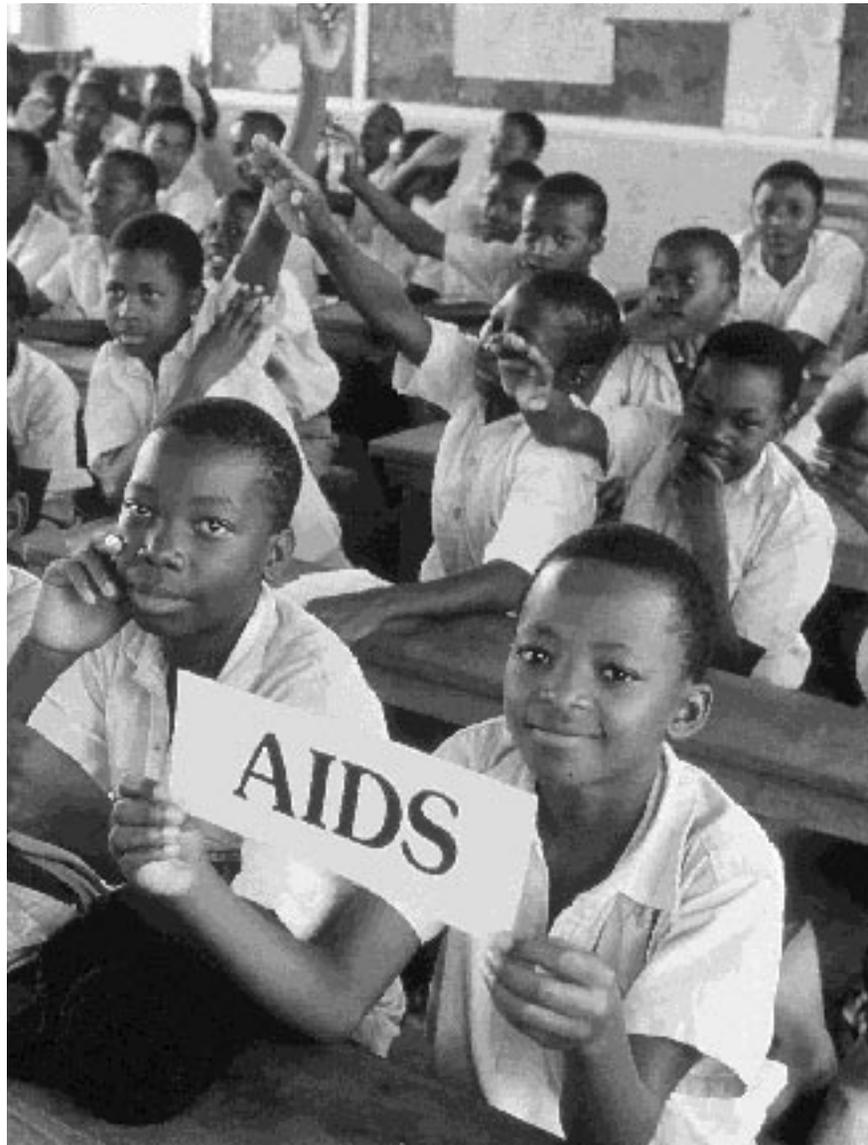
Maladies sexuellement transmissibles y compris le VIH et le SIDA

Le planning familial favorise la santé en matière de reproduction en réduisant la transmission des MST dont le VIH et le SIDA. Depuis le début de cette pandémie à la fin des années 1970, quelques 5,8 millions de personnes sont mortes du SIDA et, en 1996, environ 21,8 millions de personnes vivent avec le SIDA ou le VIH (voir Tableau 3). A l'heure actuelle, le SIDA infecte plus de 7 500 personnes et 1 000 enfants chaque jour ¹⁹.

Quatre personnes sur dix infectées par le VIH/SIDA sont des femmes — environ 8,8 milliards — et cette proportion augmente. Biologiquement, les femmes sont plus susceptibles à l'infection par le VIH car la transmission sexuelle de l'homme à la femme est plus forte que de la femme à l'homme. Les femmes ayant des MST courent encore plus le risque de contracter le VIH.

En 1996, 830 000 enfants vivaient avec le VIH/SIDA. La transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse, à la naissance ou par l'allaitement représente plus de 90 % des cas d'infection chez les enfants. Environ un tiers des enfants nés de mères infectées par le VIH sont eux-mêmes infectés ²⁰.

On estime que le total cumulatif des hommes, femmes et enfants infectés par le VIH pourrait atteindre les 30 à 40 millions d'ici l'an 2 000, 90 % d'entre eux dans les pays en développement. Selon l'OMS, 5 millions d'enfants de moins de 10 ans seront orphelins d'ici la fin de la décennie en raison de la mortalité maternelle imputables au VIH et au SIDA ²¹. Il n'existe toujours pas de remède au SIDA à l'heure actuelle, et les études réalisées indiquent que la majorité des adultes infectés par le VIH auront le SIDA 12 ou 13 ans après avoir été infectés. La survie des



OUGANDA ; J. SCHYTTE/STILL PICTURES

patients ayant le SIDA varie de moins d'un an dans la plupart des pays en développement à trois ans dans les pays plus avancés, les patients bénéficiant d'un traitement intensif ²².

Le planning familial est important pour les femmes et les hommes infectés par des MST, y compris le VIH/SIDA, qui veulent protéger leurs partenaires. Hormis l'abstinence, les méthodes dites barrières offrent la meilleure protection contre les grossesses et les MST. Le préservatif en latex utilisé correctement est la méthode la plus efficace de prévention de transmission du VIH par voie sexuelle, mais il est moins efficace que d'autres méthodes pour la prévention des grossesses. Grâce aux campagnes éducatives de grande portée, un grand nombre de personnes savent comment prévenir le SIDA et l'utilisation du préservatif a augmenté dans le monde entier.

Plusieurs méthodes de planning familial autres que les méthodes barrières sont très efficaces lorsqu'il s'agit d'éviter une grossesse mais elles n'offrent aucune protection contre les MST. Les couples qui recherchent la meilleure protection possible contre l'infection et la grossesse peuvent utiliser deux méthodes — préservatif ou spermicide pour se protéger contre l'infection et une autre méthode pour éviter une grossesse non désirée.

Les risques et avantages de chaque méthode, en termes de protection contre l'infection et la grossesse, varient d'une personne à l'autre et doivent donc être évalués en fonction des besoins et objectifs de chacun.

Les options offertes aux femmes pour se protéger contre les MST comprennent les spermicides et le préservatif féminin ; toutefois, l'efficacité de ces méthodes contre l'infection au VIH demeure à l'étude. Les recherches portant sur un gel vaginal (microbicide) protégeant contre l'infection de plusieurs MST semblent encourageantes ²³. Les méthodes qui protègent de l'infection sans réduire les chances de grossesse d'une femme demeurent un lointain objectif.

Il est possible de donner aux femmes un accès accru à l'information sur le VIH et les autres MST grâce aux programmes de planning familial qui offrent des services de conseil et d'éducation pour la prévention des MST, la promotion de l'usage du préservatif, la détection des MST et leur traitement, et, le cas échéant, des services anonymes et volontaires de conseil et de détection du VIH. Les programmes de planning familial intégrant un volet de prévention des MST seront mieux à même de répondre à l'ensemble des besoins de santé des femmes en matière de reproduction.

Santé maternelle et infantile : *L'interaction*

La santé d'une mère peut avoir un impact sur celle de ses enfants. Si une femme meurt en couches ou peu de temps après, son nouveau-né et ses autres jeunes enfants ont moins de chances de survivre. Même si la mère survit, les bébés nés de mères très jeunes ou âgées, ou avec des naissances trop rapprochées ont plus de chances de ne pas atteindre leur premier anniversaire. Certains problèmes de santé, dont les carences nutritionnelles et les MST, peuvent sérieusement compromettre la survie de la mère et de l'enfant.

De nombreuses femmes dans les pays en développement traversent un cycle de mauvaise santé qui commence avant leur naissance et subsiste pendant toute leur vie, se transmettant de

génération en génération ²⁴. Un mauvais état de santé pendant la grossesse, dû à l'infection et à la malnutrition, accroît le risque de donner naissance à un bébé malade. En raison de leur mauvaise santé, ces femmes sont bien souvent incapables de répondre aux besoins de leur nouveau-né et de leurs autres enfants. La santé et la nutrition des petites filles sont parfois compromises encore davantage par des pratiques discriminatoires. Dans bien des pays, par exemple, les femmes mangent en dernier, ce qui veut souvent dire qu'elles mangent moins. Des débuts aussi défavorables affectent la croissance et le développement de bien des adolescentes, qui commencent ainsi leurs années de fécondité en mauvaise santé.

Des soins de santé en matière de reproduction adéquats pendant les périodes critiques de la naissance, de l'adolescence et des années reproductrices peuvent interrompre ce cycle de mauvaise santé. Une stratégie mise au point par l'OMS, le « Montage maman-bébé », attire l'attention sur les principales interventions requises pour améliorer la santé maternelle et infantile : services de planning familial, soins prénataux de qualité, accouchement dans des conditions de propreté et de sécurité, et accès aux services d'obstétricaux essentiels ²⁵.



CAMBODGE ; S. SPRAGUE

Les adolescents et la santé en matière de reproduction

Il existe aujourd'hui plus d'un milliard de jeunes âgés de 10 à 19 ans, qui constituent près d'un cinquième de la population de notre planète. La plupart de ces jeunes sont des adolescents, une période de la vie



BARBADE ; D. JACOBSON

qui commence à la puberté (ou maturité biologique) et s'achève avec l'entrée culturellement déterminée dans l'âge adulte (maturité sociale et indépendance économique). Les personnes appartenant à ce groupe d'âge représentent toute une variété

d'expériences : certains sont mariés et considérés comme des adultes au sein de leur société, d'autres sont encore à l'école et continuent à être traités comme des enfants. Nombreux sont ceux qui sont sexuellement actifs et sont devenus des parents eux-mêmes, sans toutefois avoir nécessairement atteint l'âge adulte légal défini par leur pays ou leur état.

Bien que l'adolescence soit généralement une période de la vie où les jeunes sont en bonne santé, beaucoup d'entre eux souffrent du manque de services adéquats de planning familial et de santé en matière de reproduction. Les complications des suites d'une grossesse, d'un accouchement ou d'un avortement à risques sont la cause principale de décès des femmes de 15 à 19 ans¹. Chaque année, plus de 15 millions de jeunes femmes de 15 à 19 ans donnent naissance à des enfants et 2 millions ont des avortements à risques. Les adolescents courent des risques particulièrement élevés de contracter des maladies sexuellement transmissibles (MST) dont le VIH/SIDA.

Mariage et activité sexuelle

Entre 20 et 50 % des femmes dans les pays en développement sont mariées à l'âge de 18 ans². Certaines se marient encore plus tôt ; entre 8 et 18 % sont mariées dès l'âge de 15 ans³.

Nombreuses sont les jeunes femmes qui commencent leur activité sexuelle avant le mariage, souvent contre leur volonté. Les sondages révèlent qu'en général, 43 % des femmes en Afrique sub-saharienne et 20 % en Amérique latine ont eu des relations sexuelles avant l'âge de 20 ans. L'activité sexuelle chez les adolescents est encore plus importante dans certains pays plus avancés : 68 % des adolescents aux Etats-Unis et 72 % en France ont eu des relations sexuelles hors mariage avant l'âge de 20 ans⁴.

Grossesse et accouchement

Dans le monde en développement, en moyenne 40 % des femmes accouchent avant l'âge de 20 ans, allant de 8 % en Asie de l'Est à 56 % en Afrique de l'Ouest. Dans les régions plus avancées, 10 % seulement des femmes commencent à avoir des enfants si tôt. Toutefois, aux Etats-Unis, le nombre de grossesses chez les adolescentes est nettement plus élevé : 19 % des jeunes femmes accouchent de leur premier enfant avant l'âge de 20 ans⁵.

Le risque de mortalité des suites de la grossesse ou de l'accouchement est particulièrement élevé chez les adolescentes. Le taux de mortalité maternelle chez les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans est deux fois plus important que celui des femmes âgées de 20 à 29 ans⁶. Les risques de problèmes médicaux suite à une grossesse ou un accouchement sont les plus importants chez les jeunes adolescentes. En effet, dans la mesure où elles n'ont pas atteint leur taille adulte ou que leur bassin n'est pas

encore complètement développé, ces jeunes femmes courent le plus grand risque d'anomalie au cours du travail, ce qui peut causer la mort de la mère et de l'enfant⁷. Les jeunes femmes sont aussi plus susceptibles de souffrir d'anémie ou d'hypertension à la suite de leur grossesse. Les femmes de 10 à 14 ans ont cinq fois plus de chances de mourir pendant la grossesse ou l'accouchement que les femmes de 20 à 24 ans⁸.

Si les risques accompagnant une première naissance sont toujours plus élevés pour toutes les femmes, ils sont encore plus sérieux pour les adolescentes. Celles-ci ayant moins d'expérience et moins de ressources et de connaissances que les femmes adultes, elles ont moins souvent recours aux soins prénataux ou à l'aide dont elles ont besoin pour garantir une grossesse et un accouchement dans de bonnes conditions⁹. Leurs enfants risquent eux aussi davantage de souffrir. Les enfants nés de mères adolescentes sont également confrontés à un risque accru de maladie et de décès que ceux nés de mères ayant de 20 à 29 ans (*voir p. 4*).

Planning familial : Informations et services

Les adolescentes ont moins souvent recours au planning familial que les femmes plus âgées. Le manque d'informations, la peur des effets secondaires, et les problèmes d'accès et d'utilisation — sur le plan géographique, social et économique — empêchent les jeunes gens de se procurer des méthodes de planning familial. La majeure partie des services de planning familial sont conçus pour répondre aux besoins des femmes mariées et adultes, mais les spécialistes des questions médicales sont arrivés à la conclusion que toutes les femmes, quel que soit leur âge ou

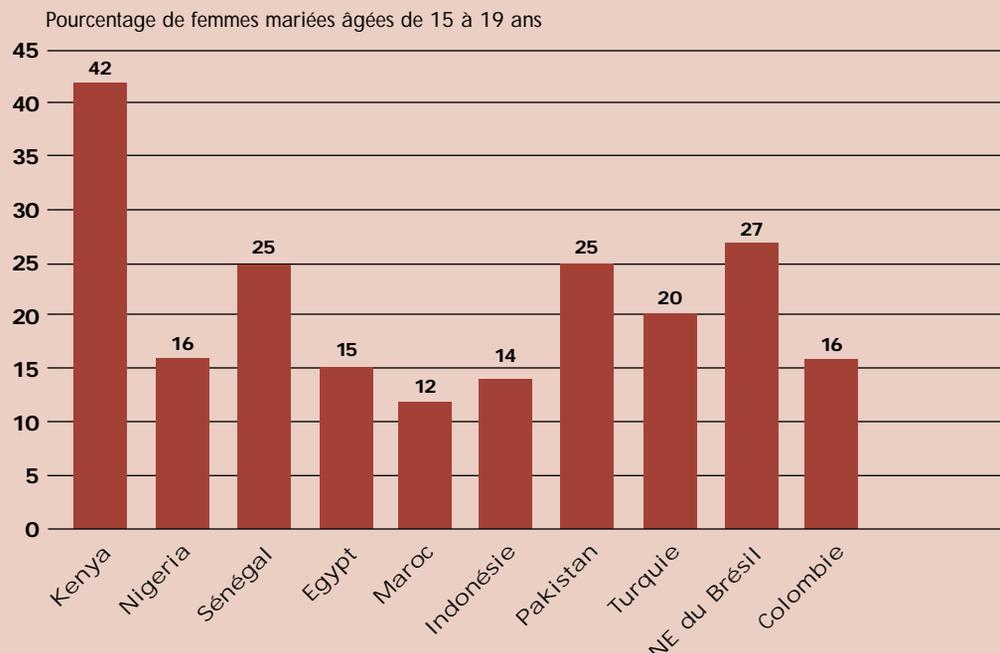
leur situation familiale, doivent être soumises aux mêmes critères médicaux pour déterminer si elles peuvent ou non bénéficier de ces services. En outre, les avantages du planning familial dépassent le plus souvent les risques liés exclusivement à l'âge de l'utilisateur¹⁰. Même dans les cas où il n'existe pas d'obstacles juridiques à la mise en place de services destinés aux adolescents, les prestataires de services ne font pas toujours preuve d'une grande réceptivité à l'égard des jeunes clients. Les jeunes garçons, qui deviennent souvent sexuellement actifs avant les jeunes femmes et qui ont un plus grand nombre de partenaires, ont encore plus de mal à se procurer des informations et des services que les adolescentes¹¹.

Selon les sondages, bien que 12 à 42 % des adolescentes mariées dans les pays en développement souhaitent espacer ou limiter les naissances de leurs enfants, elles n'utilisent aucune méthode de planning familial (voir Graphique). Ceci représente 3 millions d'adolescentes en Afrique subsaharienne, 8,6 millions en Asie, au Proche-Orient et en Afrique du Nord, et plus d'un million de jeunes femmes en Amérique latine¹². Si l'on inclut les adolescentes sexuellement actives et non mariées, ces chiffres sont encore plus élevés.

Avortement

Chaque année, au moins deux millions d'adolescentes ont recours à une procédure d'avortement à risques pour interrompre une grossesse non désirée, et les études effectuées indiquent que le taux d'avortements chez les adolescentes augmente dans un grand nombre de pays¹³. Même lorsque des services d'avortement sans risques sont disponibles, ils sont souvent difficiles à obtenir pour les jeunes femmes. C'est pourquoi celles-ci se tournent vers des procédures d'avortements à risques, souvent à un

Besoins non satisfaits * de planning familial chez les femmes mariées âgées de 15 à 19 ans



En moyenne, une femme mariée sur cinq âgée de 15 à 19 ans a besoin des services du planning familial.

* Femmes souhaitant espacer ou limiter les naissances de leurs enfants mais n'utilisant actuellement aucune méthode de planning familial.

SOURCE : T. McDevitt et al., Trends in Adolescent Fertility and Contraceptive Use in the Developing World (Washington, DC : U.S. Bureau of the Census, mars 1996) : Tableau 19 ; et Enquêtes démographiques et de santé en Egypte, au Maroc, en Indonésie et en Colombie (Calverton, MD : Macro International, 1996).

stade très avancé de leur grossesse, dans un effort désespéré d'éviter les conséquences d'une maternité trop précoce. Les avortements à risques, parfois auto-provoqués, ont souvent comme résultat des problèmes de santé, voire la mort.

Dans certains pays, les complications des suites d'un avortement à risques sont la principale cause de décès chez les adolescentes. Une étude effectuée au Nigeria a révélé que 72 % des décès des jeunes femmes de moins de 19 ans sont la conséquence des avortements à risques¹⁴. Les jeunes filles qui survivent

à un avortement à risques souffrent fréquemment de complications qui les rendent stériles, ce qui peut avoir des conséquences dramatiques pour l'avenir de leur fécondité.

Maladies sexuellement transmissibles et VIH/SIDA

La plus forte incidence d'infection aux MST, y compris le VIH, se produit chez les jeunes gens de 20 à 24 ans. Les adolescents de 15 à 19 ans viennent en deuxième position pour les taux les plus élevés d'infection par

MST¹⁵. D'après les estimations de l'OMS, la moitié des personnes infectées par le VIH ont moins de 25 ans, et dans les pays en développement, jusqu'à 60 % des nouvelles infections se déclarent chez le groupe des 15 à 24 ans¹⁶. Les adolescents courent de très grands risques de contracter des infections de type MST parce qu'ils ont souvent des relations sexuelles de courte durée et n'utilisent pas régulièrement de préservatifs pour se protéger.

Les adolescents manquent souvent d'informations et d'une certaine assurance pour se protéger des MST. Les campagnes d'éducation et les services de prévention et de traitement des MST ciblent généralement les hommes et les prostituées, ce qui fait que les jeunes femmes ont du mal à se procurer les soins nécessaires. Elles ont en outre du mal à imposer l'abstinence et l'usage du préservatif à leurs partenaires.

Circoncision féminine

On estime que 85 à 114 millions de femmes dans plus de 30 pays ont subi une forme de circoncision ou de mutilation génitale (MGF) — l'ablation totale ou partielle des organes génitaux féminins¹⁷. Bien que la circoncision des femmes soit considérée, dans certains cultures, comme un élément important de l'initiation d'une fillette à l'âge adulte, cette procédure peut avoir des répercussions psychologiques, sociales et physiques graves. Effectuée le plus souvent par des guérisseurs traditionnels dans des conditions malsaines, la circoncision féminine peut provoquer une hémorragie, une infection, un état de choc, et parfois la mort. Au nombre des complications ultérieures potentielles figurent lésions cicatricielles,

dommages à l'urètre et à l'anus, rapports sexuels douloureux, infections des voies urinaires, risque accru d'infection par des MST et anomalies du travail¹⁸. La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994 reconnaît que la circoncision féminine et les MGF constituent une violation des droits humains et des principes de la déontologie médicale, et qu'elles doivent être éliminées.

Solutions

Lors de plusieurs conférences et réunions internationales des années 80 et 90, y compris la Convention sur les droits de l'enfant, les gouvernements ont réitéré leur engagement à un programme d'actions universel visant à améliorer la santé des adolescents¹⁹.

■ Fournir aux adolescents, garçons et filles, des services d'éducation en matière de santé, y compris : informations sur la sexualité, comportements sexuels responsables, reproduction, abstinence, planning familial, avortements à risques, MST dont le VIH/SIDA, et rôle des sexes.

■ Encourager la participation des parents et promouvoir la communication et l'interaction entre adultes et adolescents.

■ Utiliser des groupes de jeunes éducateurs pour toucher les jeunes gens.

■ Fournir aux adolescents des services de santé intégrés qui comprennent des informations sur le planning familial et des services pour les adolescents sexuellement actifs, et la promotion de l'abstinence volontaire.

■ Rendre les services médicaux plus accessibles aux adolescents en leur garantissant la confidentialité, le consentement en connaissance de cause, et le respect.

■ Accroître les opportunités d'éducation et d'emploi des femmes.

■ Éliminer la circoncision féminine.

REFERENCES :

1. IPPF, *Understanding Adolescents* (Londres : International Planned Parenthood Federation, 1994) : 8.
2. AGI, *Hopes and Realities: Closing the Gap Between Womens Aspirations and Their Reproductive Experience* (New York : The Alan Guttmacher Institute, 1995) : 17.
3. IPPF, *Understanding Adolescents* : 3.
4. AGI, *Hopes and Realities* : Tableau 4.
5. Jeanne Noble, Jane Cover et Machiko Yanagishita, *Jeunesse du monde 1996* (Washington, DC : Population Reference Bureau, Inc., 1996) ; et ONU, *The World's Women 1995, Trends and Statistics* (New York : Nations Unies, 1995) : 69.
6. Noble et al., *Jeunesse du monde 1996*.
7. Herber L. Friedman, « Reproductive Health in Adolescence », *World Health Statistics Quarterly* 47, no. 1 (1994) : 31-35.
8. Noble et al., *Jeunesse du monde 1996*.
9. P. Senanayake et M. Ladjali, « Adolescent Health : Changing Needs », *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 46 (1994) : 138.
10. OMS, *Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use* (Genève : Organisation mondiale de la santé, WHO/FRH/FPP/96.9, 1996) : 11.
11. Noble et al., *Jeunesse du monde 1996*.
12. Thomas McDevitt et al., *Trends in Adolescent Fertility and Contraceptive Use in the Developing World* (Washington, DC : U.S. Bureau of the Census, mars 1996) : 42, 44.
13. Noble et al., *Jeunesse du monde 1996*.
14. Judith Senderowitz, « Adolescent Health », *Dossier thématique de la Banque mondiale* 272 (Washington, DC : Banque mondiale, 1995) : 17.
15. Noble et al., *Jeunesse du monde 1996*.
16. OMS, *Women and AIDS: Agenda for Action* (Genève : Organisation mondiale de la santé, 1995) : 1.
17. OMS, *Safe Motherhood Newsletter* 15 (Genève, Organisation mondiale de la santé, juillet - octobre 1994) : 9 ; Angela Hawke, *Lifting the Veil on Female Genital Mutilation*, UNICEF, 1995, disponible sur l'Internet : http://www.oneworld.org/unicef/first_sept/fgm.html.
18. Asha Mohamud, « Female Genital Mutilation: A Continuing Violation of the Human Rights of Young Women », *Passages* (mars 1992).
19. María José Alcalá, *Commitments to Sexual and Reproductive Health and Rights for all: Framework for Action* (New York : Family Care International, 1995).

Investir dans la santé des mères et des enfants

Demande pour les services de planning familial

La demande pour les services de planning familial est importante et elle continue à croître. A l'échelle mondiale, plus de la moitié des couples mariés pratiquent le planning familial, bien que les pourcentages varient de moins

Malheureusement, trop de personnes connaissent encore peu le planning familial. Lorsque l'on interroge les femmes ayant besoin de services de planning familial pour savoir pourquoi elles n'utilisent aucune méthode, la réponse la plus fréquente est l'ignorance, la crainte des effets secondaires et le refus du mari. Le nombre



EGYPTE ; S. SPRAGUE/PANOS PICTURES

« L'accès n'est pas seulement une question de distance du foyer ou de coûts des transports... Nous devons nous interroger pour déterminer l'attitude du mari,... de la belle-mère,... des voisins, de la famille, de la ville, de la société au grand complet vis à vis de la femme qui utilise cette méthode ».

*Dr. Anibal Faúndes, BRÉSIL*²⁶

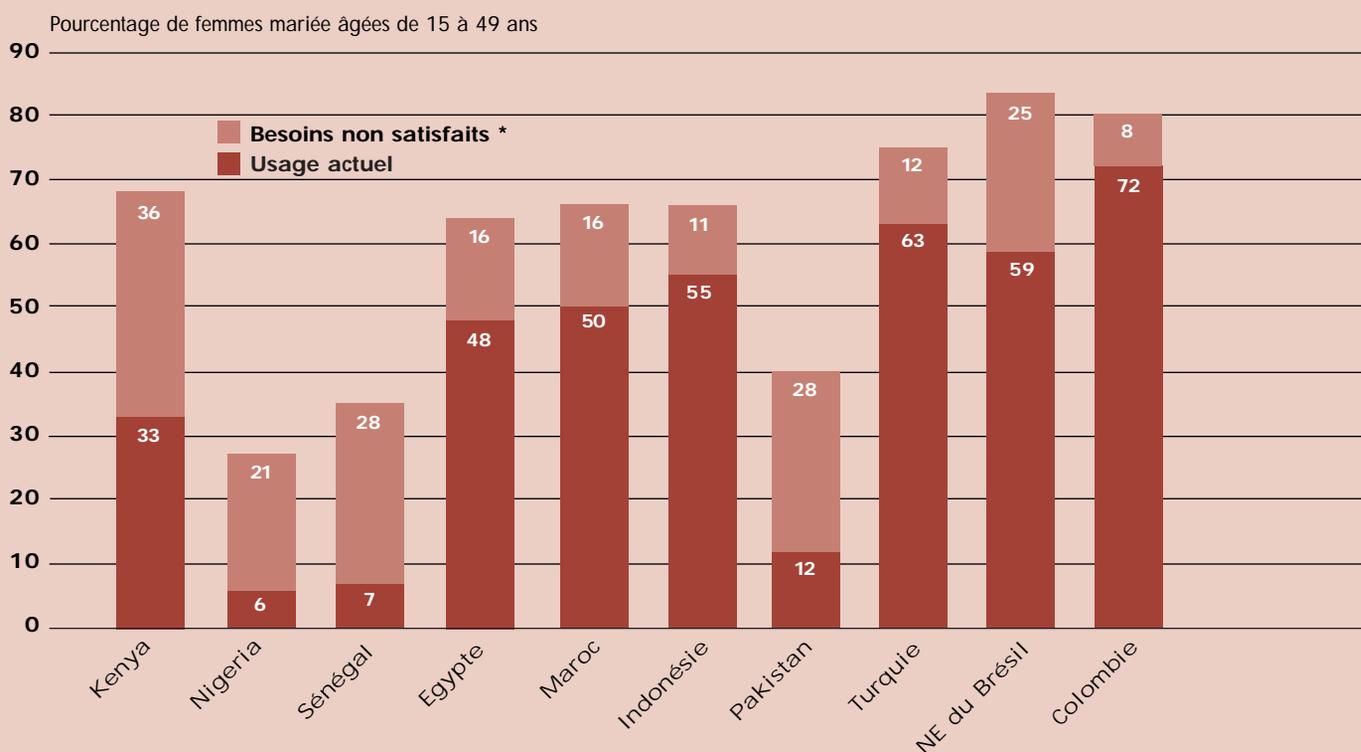
de 10 % dans un grand nombre de pays d'Afrique sub-saharienne à plus de 70 % dans la plupart des pays plus avancés. On estime que 150 millions de femmes du monde en développement souhaitent retarder ou interrompre leur cycle reproductif mais n'utilisent aucune méthode de planning familial²⁷. Dans certains pays, plus du quart de la population des femmes mariées ont besoin de services de planning familial mais n'y ont pas recours (voir Graphique 3, page suivante). Des millions d'autres femmes, mariées ou non, ont besoin de méthodes appropriées et efficaces pour atteindre leurs objectifs en matière de reproduction. En répondant aux besoins de planning familial du monde en développement, il serait possible de réduire le nombre de grossesses jusqu'à 20 % et de réduire d'autant le nombre de décès ou de problèmes maternels²⁸.

limité de méthodes de planning familial applicables aux hommes et le manque d'informations dont disposent les hommes font que bien des couples n'utilisent aucune méthode. Même si la difficulté d'accès aux services a été identifiée comme l'un des obstacles à l'usage du planning familial, ce n'est cependant pas un obstacle insurmontable. La plupart des femmes veulent contrôler leur reproduction, mais nombreuses sont celles qui ne parviennent pas à surmonter les obstacles de nature sociale, familiale, financière, religieuse et médicale.

Les besoins d'un couple en matière de planning familial évoluent pendant leur vie. Les méthodes temporaires sont adéquates pour les couples qui souhaitent seulement espacer les naissances, mais pour ceux qui ont atteint leurs objectifs en matière de reproduction, il faut des méthodes efficaces, de longue durée ou de

Demande pour le planning familial

(Demande = usage actuel + besoins non satisfaits)



La demande des femmes mariées dans les pays en développement pour les services de planning familial est importante et en plein essor.

* Femmes souhaitant espacer ou limiter les naissances de leurs enfants mais n'utilisant actuellement aucune méthode de planning familial.

SOURCE : Enquêtes démographiques et de santé, 1990 - 1995 (Calverton, MD : Macro International).

nature permanente. En cas d'accident de la méthode ou de rapports sexuels sans protection, bien des couples peuvent prévenir efficacement une grossesse non désirée grâce à la contraception d'urgence. Toutefois, rares sont les femmes qui connaissent les méthodes d'urgence pouvant être utilisées et ces méthodes sont difficiles à obtenir²⁹.

Un grand nombre de couples qui utilisent le planning familial ont besoin de davantage d'informations ou d'une méthode plus appropriée. Les principales raisons données par les femmes lorsqu'elles arrêtent d'utiliser une méthode sont liées à des préoccupations médicales et aux effets secondaires possibles. Lorsqu'on propose aux couples toute une gamme de

méthodes et qu'ils sont pleinement informés quant aux effets secondaires possibles, ils sont plus susceptibles de continuer à pratiquer le planning familial quitte à passer à d'autres méthodes lorsque cela s'avère nécessaire.

Coût du planning familial

Le planning familial est une intervention rentable qui a des avantages immédiats pour les femmes, les enfants et les familles. Outre la prévention de la mortalité, le planning familial permet de réduire le fardeau causé par les maladies maternelles et infantiles, ce qui réduit le coût médical.

Il est possible de fournir un ensemble minimum de services cliniques et de santé publique essentiels, y compris le planning familial, moyennant environ 15 \$ US par personne et par an³⁰. Cet investissement réduirait de façon considérable l'ensemble des maladies dans les pays en développement d'environ 25 % — soit l'équivalent de 9,3 millions de décès de nouveaux-nés³¹. Le planning familial ne coûterait que 0,90 à 2,20 \$ US par personne et par an³².

Si rentables que soient ces investissements dans le domaine de la santé, ils représentent cependant des coûts considérables pour la plupart des pays en développement, où l'investissement annuel moyen dans le secteur santé est de l'ordre de 21 \$ US par personne. Une portion très limitée de cette somme est à l'heure actuelle consacrée à des programmes de santé publique efficaces. Pour défrayer les coûts des services de santé de base pour tous, il est nécessaire de procéder à une réaffectation des dépenses publiques consacrées à l'heure actuelle à des services moins efficaces et de pousser vers le secteur privé un plus grand nombre de personnes ayant les moyens de payer pour ces services³³.

Les trois-quarts environ des coûts des activités de planning familial sont payés actuellement par des institutions publiques et privées du monde en développement. Le solde est fourni par les bailleurs de fonds internationaux, 90 % étant payé par huit pays : les Etats-Unis, l'Allemagne, le Japon, le Royaume-Uni, la Suède, les Pays-Bas, la Norvège et le Danemark. Moins de 2 % de l'ensemble de l'aide publique au développement, ou aide officielle, est consacré aux activités en matière de planning familial et de population³⁴.

Pour pouvoir répondre à la demande de services de planning familial et atteindre les objectifs de santé en matière de reproduction énoncés par la CIPD, il faudra que le budget annuel des services de planning familial et de santé en matière de

reproduction atteigne environ 17 milliards de dollars US par an d'ici l'an 2000 (10 milliards de dollars pour le planning familial et 7 milliards de dollars pour les services connexes de santé en matière de reproduction)³⁶. En admettant que les bailleurs de fonds internationaux contribuent à un tiers du coût total, ceci d'après les estimations de la CIPD, soit environ 1,2 milliards de dollars US en 1994, il faudra que leur contribution atteigne 5,7 milliards de dollars US en l'an 2000³⁷. Les dépenses des pays en développement devront augmenter pour parvenir à environ 11,3 milliards de dollars en l'an 2000.

Le planning familial pourrait plus contribuer à améliorer les conditions de vie d'un plus grand nombre et pour moins cher que n'importe quelle « technologie » dont dispose l'humanité à l'heure actuelle.

UNICEF³⁵

Actions

Le nombre de couples ayant besoin des services du planning familial est important, et continue à augmenter. Plus de la moitié des couples du monde en développement utilisent d'ores et déjà le planning familial, contre 10 % il y a à peine 30 ans. En dépit de ces progrès

remarquables, il y a aujourd'hui davantage de femmes qui n'utilisent pas le planning familial qu'il y a trente ans ; ceci s'explique par la rapidité de la croissance démographique.

Les gouvernements du monde entier sont conscients des besoins de planning fami-

lial et des avantages qu'il offre. Lors d'une série de conférences mondiales au cours des années 1990 et de conventions antérieures sur les droits de l'homme, les gouvernements ont renouvelé leur engagement à améliorer pour tous la santé et les droits en matière sexuelle et reproductive. Les actions suivantes, convenues par les représentants de la majorité des pays du monde, constituent un ordre du jour international pour

les responsables gouvernementaux et non gouvernementaux³⁸. La mise en application de ces actions et l'engagement des ressources nécessaires à cet effet permettront de sauver des millions de vies, et aideront les couples à atteindre leurs objectifs en matière de reproduction et à avoir des enfants en bonne santé.

- 1 Garantir un accès universel à toute une gamme de méthodes du planning familial sûres et fiables dans le cadre de services complets relatifs à la santé sexuelle et en matière de reproduction.
- 2 Eliminer les obstacles à l'utilisation du planning familial y compris les obstacles juridiques, médicaux, cliniques et réglementaires.
- 3 Elaborer des politiques et programmes qui permettent de répondre aux besoins d'informations et de services du planning familial.
- 4 Lancer des campagnes d'éducation publique sur le planning familial, la responsabilité parentale et les choix et droits en matière de reproduction, en utilisant autant que possible des groupes communautaires.
- 5 Elaborer des programmes spécifiquement conçus pour les hommes de tout âge, adolescents compris, fournissant des services d'information, d'éducation et de conseil en vue de promouvoir des comportements sexuels et reproductifs responsables.



INDE ; S. SPRAGUE

6 Fournir des préservatifs pour le planning familial ainsi que pour la prévention des MST et du VIH/SIDA.

7 Relier les programmes de planning familial à des programmes plus vastes associés à la santé en matière de reproduction, plus particulièrement en intégrant le planning familial aux volets santé maternelle et infantile.

8 Fournir des informations, des conseils et des services de planning familial adéquats aux adolescents qui sont sexuellement actifs, y compris des informations concernant l'abstinence et la prévention des MST.

9 Inclure le planning familial à tous les services de soins post-partum et post-avortement.

10 Promouvoir de manière active le choix volontaire et le consentement en toute connaissance de cause dans tous les programmes de planning familial.

11 Améliorer la qualité des services de planning familial de la manière suivante :

- Garantir des services sûrs, accessibles, acceptables, pratiques et d'un coût modique ;
- Assurer la distribution d'informations fiables et l'accès à une gamme aussi complète que possible de méthodes de planning familial ;
- Protéger les droits à la confidentialité des usagers ;
- Donner des informations complètes sur tous les risques et avantages de chaque méthode ;
- Garantir un approvisionnement suffisant et continu de contraceptifs de grande qualité ; et
- Assurer un suivi adéquat, surtout en ce qui concerne les effets secondaires potentiels.

12 Procurer un système d'orientation pour les services de santé sexuelle et en matière de reproduction, y compris ceux chargés des grossesses et des avortements, et offrir un diagnostic poussé et un traitement adéquat des MST, y compris le VIH/SIDA et l'infertilité.

13 Améliorer la compétence des prestataires de services en renforçant leur formation concernant le planning familial et les services relatifs à la santé sexuelle et en matière de reproduction.

14 Améliorer l'accès aux services de planning familial en encourageant les employeurs du secteur privé et les organisations de travailleurs à mettre en place des programmes de soins de santé en matière de reproduction pour leurs employés et leurs membres.

Références

1. OMS, *The World Health Report* (Genève : Organisation mondiale de la santé, 1996).
2. UNICEF, *The Progress of Nations, 1996* (New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 1996) : 24.
3. Conseil national pour la recherche, *Contraception and Reproduction : Health Consequences for Women and Children in the Developing World* (Washington, DC : National Academy Press, 1989) : 63.
4. J. Hobcraft, *The Health Rationale for Family Planning: Timing of Births and Child Survival* (New York : Nations Unies, Département de l'information économique et sociale et de l'analyse politique, Division Population, 1994) : 20.
5. Thomas Mc Devitt et al., *Trends in Adolescent Fertility, and Contraceptive Use in the Developing World* (Washington, DC : U.S. Bureau of the Census, mars 1996) : 8.
6. Ibid.
7. George Bicego et Omar B. Ahmad, « Infant and Child Mortality », *Enquêtes démographiques et de santé, Comparative Studies* 20 (Calverton, MD : Macro International, 1996) : 20, 24.
8. UNICEF, *The Progress of Nations, 1996* : 52-53.
9. OMS et UNICEF, *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality. A New Approach by WHO and UNICEF* (Genève : Organisation mondiale de la santé, avril 1996).
10. OMS, *Safe Motherhood Newsletter* 3, no. 19 (Genève : Organisation mondiale de la santé, 1995) : 1.
11. FNUAP, *Family Planning: Saving Children, Improving Lives* (New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 1992).
12. AGI, *Hopes and Realities: Closing the Gap Between Women's Aspirations and Their Reproductive Experiences* (New York : The Alan Guttmacher Institute, 1995) : 31.
13. OMS, *Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion*, 2e édition (Genève : Organisation mondiale de la santé, 1994).
14. Stephen Kinoti et al., *Monograph of Complications of Unsafe Abortion in Africa* (Tanzanie : Programme de recherche sur la santé en matière de reproduction, Secrétariat de la Communauté Régionale du Commonwealth pour l'Afrique de l'Est, l'Afrique centrale et l'Afrique australe, 1994) : 18.
15. Khama Rogo, « Induced Abortion in Sub-Saharan Africa », *African Journal of Fertility, Sexuality and Reproductive Health* 1, no. 1 (mars 1996) : 15.
16. P. Donovan, « Public Funding of Family Planning Leads to Moderate Reductions in Underweight Births and Infant Deaths », *Family Planning Perspectives* 27, no. 2 (mars/avril 1995) : 92-93.
17. John Paxman et al., « The Clandestine Epidemic : The Practice of Unsafe Abortion in Latin America », *Studies in Family Planning* 24, no. 4 (juillet/août 1993) ; et AGI, *Clandestine Abortion: A Latin American Reality* (New York : The Alan Guttmacher Institute, 1994).
18. Janie Benson et al., « Meeting Women's Needs for Post-Abortion Family Planning: Framing the Questions », *Issues in Abortion Care* 2 (Carrboro, NC : IPAS, 1992).
19. UNAIDS et OMS, *The HIV/AIDS Situation in Mid-1996* (Genève : Nations Unies, 1er juillet 1996), disponible sur l'Internet à : <http://gpawww.who.ch/>.
20. Ibid.
21. FNUAP, *AIDS Update: 1995, Report on UNFPA Support for HIV/AIDS Prevention, 1996* (New York : Fonds des Nations Unies pour la population, 1996).
22. UNAIDS et OMS, *The HIV/AIDS Situation in Mid-1996*.
23. USAID, *USAID responds to HIV/AIDS, A Report on the Fiscal Year 1994 HIV/AIDS Prevention Programs of the United States Agency for International Development* (Washington, DC : Agence des Etats-Unis pour le développement international, 1995) : 20.
24. Beverly Winikoff, « Women's Health: An Alternative Perspective for Choosing Interventions », *Studies in Family Planning* 19, no. 4 (juillet - août 1988).
25. OMS, *Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries* (Genève : Organisation mondiale de la santé, OMS/FHE/MSM/94.11, 1994).
26. OMS et la Coalition internationale pour la santé des femmes, *Creating Common Ground* (Genève : Organisation mondiale de la santé, 1991) : 16.
27. Macro International, *Communication personnelle* (Calverton, MD : Macro International, nov. 1996).
28. UNICEF, *The Progress of Nations, 1996* : 5.
29. PATH (Program for Appropriate Technology in Health), « Emergency Contraceptive Pills: Safe and Effective but Not Widely Used », *Outlook* 14, no. 2 (septembre 1996) ; et Robert A. Hatcher et al., *Contraceptive Technology*, 16e éd., (New York : Irvington Publishers, 1994) : 414.
30. Banque mondiale, *World Development Report, 1993* (New York : The Oxford University Press, 1993) : 68.
31. Ibid.
32. Ibid : 117.
33. Ibid : 67.
34. Shanti R. Conly et James E. Rosen, « International Population Assistance Update: Recent Trends in Donor Contributions », *Occasional Paper* 2 (Washington, DC : Population Action International, septembre 1996).
35. UNICEF, *The State of the World's Children, 1992* (New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 1992) : 58.
36. ONU, *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5 - 13 Sept., 1994* (New York : Nations Unies A/CONF.171/13, 18 octobre 1994) : 13 - 14.
37. Conly et al., *Occasional Paper* 2.
38. María José Alcalá, *Commitments to Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Framework for Action* (New York : Family Care International, 1995).

Remerciements

Cette édition de *Le planning familial sauve des vies* a été écrite par Barbara Shane. D'autres membres du PRB ont contribué au processus de recherche et de revue. Le PRB tient également à remercier Martin Wulfe, Etudes démographiques et de santé/Macro International, et Mary Lung'aho, Wellstart International, pour leurs travaux de recherches, et Paul Feldblum, Family Health International, pour ses suggestions. Le PRB est reconnaissant aux personnes suivantes de leur assistance : Barbara Crane, Mahmoud Fathalla, Marge Koblinsky, Ann McCauley, Claudia Morrissey, Roberto Rivera, Jeannie Rosoff, Jim Shelton, Susheela Singh, Ellen Starbird et Ann Way. Ce travail a été réalisé grâce au soutien financier de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international.

Production :
Dever Designs, Inc.
Laurel, MD

Impression :
Sauls Lithograph Company, Inc.
Washington, DC

Traduction française :
Pascale Ledeur

Traduction espagnole :
Angeles Estrada



. . . fournissant des informations en matière de population depuis 1929.

Population Reference Bureau
1875 Connecticut Avenue, NW, Suite 520
Washington, DC 20009, Etats-Unis
Tél : 202-483-1100
Fax : 202-328-3937
e-mail : popref@prb.org
Adresse sur le web :
<http://www.prb.org/prb/>